

Schweigepflichtsentbindung

für

Name, Vorname meines Kindes

Geburtsdatum

Als Eltern/Sorgeberechtigte Person

Name, Vorname der Mutter, des Vaters oder anderen sorgeberechtigten Person

entbinde ich Frau Thierfelder von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgender Person, folgender Einrichtung:

Name, Vorname oder Einrichtung/Klinik

falls vorhanden Tel.

Die Person ist für das oben genannte Kind der/die (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Arzt/Ärztin (Hausarzt/Fachärztin/Kinderarzt, Klinik)
- Lehrkraft -ErzieherIn-HortleiterIn-REBUS-Mitarbeiterin
- Nichtsorgeberechtigter Elternteil, LebenspartnerIn eines Elternteils
- Großmutter-Großvater-Tagesmutter
- Mitarbeiterin von Jugendamt, Jugendhilfe
- Ergo-, Logo-, PhysiotherapeutIn
- PsychotherapeutIn - andereR VorbehandlerIn

- Sonstige: _____

Wenn ich mir das elterliche Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den anderen Elternteil von dieser Schweigepflichtsentbindung.

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (Email, Fax oder Post) widerrufen kann.

Hamburg, den _____

X _____
Unterschrift Eltern/der o.g. sorgeberechtigte Person

Anmerkung:

für jede, von der Schweigepflicht entbundene Person, muß ein separates Formular ausgefüllt werden, es sei denn Sie entbinden mich für eine Institution (zB. Klinik, Wohnheim, Jugendhilfeeinrichtung, alle MitarbeiterInnen eines Kindergartens)